

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 663

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean COMBEAU

Né le 5 décembre 1912, à Saint-Julien de Vouvantes (Loire-Inférieure).

Contribution à l'Étude
de l'Extraction des Corps étrangers
de l'Œsophage
par Voie cervicale externe

Président : M. B. CUNÉO, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean COMBEAU

Né le 5 décembre 1912, à Saint-Julien de Vouvantes (Loire-Inférieure).

Contribution à l'Étude
de l'Extraction des Corps étrangers
de l'Œsophage
par Voie cervicale externe

Président : M. B. CUNÉO, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

—
1937

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	L'aignel-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.

MM.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIÈVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER. } Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER. } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé.
 LEDOUX-LEBARD
 PHILIBERT, agrégé
 RUPPE
 WEIL-HALLÉ

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Microbiologie.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551603_0024

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de reconnaissance
pour les sacrifices qu'ils se sont im-
posés durant mes études.*

A MES FRERES

A MA SŒUR

A MES TANTES CROUZET

Pour les quinze années d'études passées près d'elles.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui a bien voulu me faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR JULIEN VIEL

Oto-rhino laryngologiste des Hôpitaux de Nantes.

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et fut pendant mes études un
maître et un conseiller précieux.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde reconnaissance.*

A MES COUSINS

LES DOCTEURS ANTOINE VIEL ET PINEL

LES DOCTEURS PAUL ET EMILE MESLIER

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE NANTES
MM. LES DOCTEURS :

H. LERAT,

SEBILLEAU

LEVESQUE (in memoriam),

GUSTAVE BUREAU,

Y. BUREAU,

R. BUREAU,

LEROUX,

LE MEIGNEN (in memoriam),

DURBIN, Médecin de l'hôpital marin de
Pen Bron,

GIROIRE,

PICHAT,

MIRALLIÉ,

BOIFFIN,

JAROUSSE,

BARON,

RELIQUET,

DELAUNAY.

M. LE MÉDECIN COMMANDANT LAZERGES
Médecin Chef du 35^e R. A. D.

M. LE MÉDECIN CAPITAINE GLEIZE

HISTORIQUE

Avant 1691, le traitement des corps étrangers de l'œsophage était empirique et consistait à administrer des vomitifs, ou bien à pousser le corps étranger vers l'estomac au moyen de bols alimentaires volumineux. Quelques-fois même des manœuvres aveugles étaient tentées pour extraire le corps.

En 1691, VERDUC émet l'idée d'extraire par voie externe, les corps étrangers de l'œsophage. L'œsophagotomie externe était née, mais dans cette première période de son existence, elle est considérée comme très dangereuse et VERDUC l'avoue lui-même.

GOURSAUD, en 1738, réalise la première œsophagotomie externe pour un os de lapin transfixant. Bien que nous ne possédions aucune observation sur l'intervention, HEVIN signale qu'elle se termina par la guérison.

Deux écoles, à ce moment, posent les indications opératoires. DELPECH intervient en face de phénomènes inflammatoires. BOYER intervient surtout en face des corps étrangers volumineux.

Après un siècle d'oubli, l'œsophagotomie externe reparait grâce à la découverte de l'anesthésie et des méthodes antiseptiques, puis aseptiques. L'intervention reste toujours un acte sérieux, toutefois sa gravité est très notablement diminuée. Pour BEGIN, LA-

VACHERIE, ARNOTT, Ch. BELL, SEDILLOT et TERRIER, elle reste avant tout l'intervention d'urgence.

Les statistiques de mortalités sont encore élevées, puisque PASTOUR (Th. de Paris 1906-1907), parle de 14 à 20 %.

L'endoscopie naît. Pour une seconde fois, l'œsophagotomie tombe dans l'oubli et n'est considérée que comme un pis aller, quand une instrumentation appropriée fait défaut.

Actuellement, on a recours à l'œsophagoscopie, et à l'extraction par les voies naturelles toutes les fois que la chose est possible; mais dans certains cas difficiles, elle ne peut être employée que par certains spécialistes virtuoses qui, avec un entraînement intensif, disposent d'une instrumentation parfaitement adaptée.

CHEVALIER JACKSON ne mentionne pas l'œsophagotomie externe dans son Traité des maladies de l'œsophage, et estime du reste que tout corps étranger ayant pénétré par les voies naturelles doit être extrait par ces mêmes voies.

En Europe, depuis 1929, sous l'impulsion de ZYNKIN, PATEL, AUBIN, REBATTU, et plus récemment de SOBOL et d'OMBREDANNE, l'œsophagotomie externe est remise à l'ordre du jour.

Ayant eu l'occasion de voir dans le service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Nantes, l'extraction de deux corps étrangers de l'œsophage par voie cervicale externe, nous avons pensé que l'étude des indications et de certains points de la technique opératoire pourrait être le sujet de ce travail.

INDICATIONS OPERATOIRES

Le diagnostic de corps étranger de l'œsophage étant posé, quelles sont donc les indications opératoires de l'œsophagotomie externe ?

Ces indications peuvent dépendre du corps lui-même, de son volume, de sa forme, des lésions qu'il a provoquées, ou dépendre des phénomènes inflammatoires qu'il déclenche au niveau de la paroi œsophagienne et des tissus avoisinants.

Elles peuvent dépendre également de l'état du malade fatigué par la douleur, l'insomnie, les manœuvres pratiquées avant de venir chez le spécialiste.

Indications opératoires posées par le corps étranger.

Le corps étranger peut être d'un volume tel que son extraction par endoscopie ne peut être envisagée.

Habituellement, les malades qui ont ingéré un corps étranger volumineux se présentent avec des signes de dysphagie très prononcés. Ils étouffent, sont cyanosés, présentent une toux presque incessante, ont des nausées et des vomissements.

Quelquefois cependant, des corps étrangers d'un assez gros volume peuvent être assez bien tolérés, et

n'entraînent pas d'accidents dramatiques. Tel est le cas du malade dont parle l'observation II (Service d'oto-laryngologie des hôpitaux de Nantes).

Le corps étranger peut également être retenu par une de ses aspérités, ou bien enclavé dans la paroi œsophagienne. Dans ce cas, trois éventualités peuvent se présenter :

Ou la prise ne peut être aisément faite par endoscopie, le corps ayant transfixé la paroi œsophagienne et n'étant que très peu visible, comme le signale M. OMBREDANNE au cours d'une observation publiée dans la revue de Bronchoscopie œsophagoscopie et gastroscopie. (Janvier 1935).

Ou le corps étranger présente des aspérités telles que les délabrements de la muqueuse œsophagienne sont inévitables, même après une rétraction de celle-ci par une adrénalino-cocaïnisation poussée.

Soit encore parce qu'on ne dispose pas d'une instrumentation suffisamment complète pour pouvoir sectionner ou morceler un corps étranger par voie endoscopique.

Indications posées par l'état du malade.

Chez un malade choqué ou dont l'état général est mauvais, il est nécessaire de n'avoir qu'un seul acte opératoire à accomplir, et le moins traumatisant possible.

On ne peut jamais être sûr du succès d'une extraction par endoscopie, surtout en présence d'une mu-

queuse œdématisée; d'autre part, une anesthésie par badigeonnage nécessite une quantité de cocaïne assez importants, dont l'effet nocif vient s'ajouter aux chocs opératoires et infectieux.

Chez un malade non choqué, mais qui présente des phénomènes inflammatoires importants, tels qu'une douleur spontanée sur le trajet de l'œsophage, et dont il ne peut préciser le siège, une élévation notable de la température, une tuméfaction, et une infiltration du tissu péri-œsophagien rétrécissant la lumière de l'œsophage, l'extraction par les voies naturelles peut présenter une certaine gravité et faire poser l'indication opératoire d'extraction par voie cervicale externe.

En résumé, les indications de l'œsophagotomie externe sont posées :

1° Par le volume ou la forme irrégulière d'un corps étranger.

2° Par son mode d'arrêt dans la lumière œsophagienne.

3° Par les phénomènes inflammatoires qu'il détermine au niveau de son lieu d'arrêt ou dans les tissus avoisinants.

RAPPEL ANATOMIQUE

La lumière œsophagienne est une cavité virtuelle dont la capacité de dilatation est plus ou moins grande. C'est ce qui constitue les rétrécissements de l'œsophage. Ce sont ces rétrécissements qui arrêtent dans leur migration, les corps étrangers volumineux.

Seul l'œsophage cervical est directement accessible au chirurgien. Il s'étend de la partie inférieure du cartilage cricoïde, jusqu'au niveau de la fourchette sternale. Il repose en arrière sur les corps des vertèbres recouverts par les muscles longs du cou, et latéralement répond aux tubercules antérieurs des apophyses transverses.

La limite supérieure située au niveau de la 6^e vertèbre cervicale chez l'adulte, est remontée au niveau de la 4^e vertèbre cervicale chez l'enfant. Le trajet, à partir des incisives supérieures, est de 15 centimètres chez l'adulte, alors que chez l'enfant, il n'est plus que de 7 centimètres (MOROSOW, Th. de St-Pétersbourg, 1887).

Dans la partie supérieure de son trajet, l'œsophage est situé nettement en arrière de la trachée, cependant, il oblique légèrement à gauche en décrivant une courbe à grand rayon, tandis que la trachée se dirige à droite.

Cette donnée est importante pour justifier la pratique de l'incision latérale gauche dans l'abord de l'œsophage cervical par voie externe.

D'autre part, le récurrent gauche passe dans l'angle dièdre formé par l'œsophage et la trachée, ce qui explique la nécessité d'ouvrir l'œsophage sur sa face postéro-latérale.

A droite, le récurrent ne vient en rapport avec l'œsophage cervical qu'à sa partie toute supérieure et par conséquent, est beaucoup moins exposé.

Il est classique de décrire deux rétrécissements principaux à l'œsophage : le rétrécissement supérieur immédiatement situé au-dessous du cartilage cricoïde, et un second au niveau de la crosse de l'aorte. Cependant, ces rétrécissements sont accompagnés de nombreux rétrécissements secondaires, et celui qui siège au niveau de la fourchette sternale est à peu près constant (MOUTON, Th. de Paris, 1894).

TECHNIQUE OPERATOIRE

A quel mode d'anesthésie faut-il s'adresser ?...

— L'anesthésie locale, par infiltration de novocaïne et adrénaline, donne une hémostase supérieure aux deux autres procédés; FRIEDMAN signale que cette infiltration est amplement suffisante et paraît mieux supportée.

MM. AUBIN, OMBRÉDANNE, MAULONGUET, COLOMBET, ne signalent que des anesthésies locales dans leurs communications à la Société de Broncho œsophagoscopie et gastroscopie.

NAVARRO (de Cordoue) publie également deux cas de corps étrangers extraits par œsophagotomie externe sous anesthésie locale à la novocaïne.

Ce mode d'anesthésie est le plus courant et doit être employé exclusivement chez les sujets qui se prêtent facilement à l'acte opératoire ou dont l'état général est mauvais.

— L'anesthésie générale a l'avantage de venir à bout de sujets peu dociles comme celui qui est signalé dans la II^e observation.

Elle est plus choquante qu'une anesthésie locale.

Cependant dans les deux observations que nous publions, l'œsophagotomie externe a été pratiquée sous anesthésie générale sans donner lieu à des complications.

Le Pr. TERRACOL, de Montpellier publie également dans la revue de Bronchoscopie œsophagoscopie et gastroscopie (juillet 1935, n° 3), un cas d'œsophagotomie externe, pour extraction d'une pièce de monnaie, pratiquée sous anesthésie générale à la compresse. On ne voit aucune complication survenir au cours des suites opératoires.

A côté de ces deux modes classiques d'anesthésie, nous nous permettons de signaler la possibilité d'anesthésier le malade par voie rectale en employant un produit spécialisé sous le nom de Rectanol, ou par voie intraveineuse par l'Evipan sodique. Toutefois, ces deux méthodes d'apparition récente ne sont pas mentionnées dans les littératures françaises et étrangères que nous avons parcourues.

D'une façon générale, c'est à l'anesthésie locale qu'il faut recourir. Mais l'anesthésie générale rendra des services en face de malades indociles ou pusillanimes.

Intervention. — Le malade est mis en décubitus dorsal, la tête inclinée du côté opposé au lieu d'incision. On placera un coussin sous les épaules et la nuque, afin de donner une saillie au cou.

L'incision porte sur la ligne qui va de la pointe de la mastoïde à l'articulation sternoclaviculaire. c'est la ligne de ligature de la carotide primitive. On incise la peau sur 5 à 6 centimètres.

Se basant sur les renseignements fournis par les

examens cliniques et radiologiques, on pratiquera l'incision haute ou basse.

L'incision est classiquement faite à gauche : « La situation de l'œsophage cervical débordant fortement le bord gauche de la trachée, le récurrent gauche, visible sur sa face antérieure, donnent les raisons de cette préférence » (FRIEDMAN, Th. de Paris, 1934).

LIEBEN et LERICHE, préconisent l'incision à droite. Il peut y avoir des indications formelles de l'incision latérale droite, à savoir la transfixion de la paroi droite, une collection purulente à drainer et à évacuer de ce même côté.

L'incision médiane préconisée jadis par NELATON est peu employée, bien que M. OMBREDANNE ne lui reconnaisse que des avantages (Société de Bronchoscopie Œsophagoscopie. Juillet 1934. P. 199).

L'aponévrose cervicale superficielle incisée, on divise à la sonde cannelée le tissu cellulaire qui existe entre le corps thyroïde et le sterno-cléïdo mastoïdien. Puis on sectionne le muscle omohyoïdien, et on tombe alors sur le paquet vasculo-nerveux que l'on récline avec un écarteur.

Si la thyroïdienne inférieure est trouvée à ce niveau, on la sectionne entre deux ligatures.

Au fond du puits ainsi créé, on découvre la trachée et en arrière d'elle, et légèrement à gauche, l'œsophage. Dans l'angle dièdre, on trouve le récurrent, facilement visible surtout à gauche.

A ce moment, il est bon de placer une compresse à la partie inférieure de la plaie opératoire.

On incisera l'œsophage sur sa face postéro-latérale pour éviter de léser le recurrent : au point sailisant, si le corps est volumineux, ou a défaut, le plus près possible de celui-ci, repéré par examen radiographique, et le plus souvent par examen endoscopique préalable.

Exceptionnellement, si l'inflammation empêchait d'identifier l'œsophage, une bougie passée très doucement pour soulever la paroi œsophagienne, permettrait de reconnaître le lieu de l'incision.

A ce moment, l'œsophage est saisi entre deux pinces qui limiteront la longueur de l'incision, et est ouvert plan par plan.

L'œsophage étant ouvert, on saisit le corps étranger au moyen d'une ou plusieurs pinces. Quand on peut morceler ce corps, l'extraction en est plus facile, et on risque moins de léser la muqueuse œsophagienne. L'extraction d'un appareil de prothèse dentaire (Observation I. Service d'oto-rhino-laryngologie des Hôpitaux de Nantes) ne fut guère possible que par ce procédé.

Dans certains cas, l'incision de la paroi œsophagienne peut être faite à un niveau supérieur au lieu d'arrêt du corps étranger, et ainsi que l'a fait remarquer le Professeur LEMAÎTRE, permet son extraction au moyen d'un œsophagoscope introduit par la plaie opératoire, en particulier par un tube de Brunings court dont la brièveté facilitera largement les ma-

nœuvres d'extraction rendues impossibles par voie pérorale.

Le corps étranger ayant été extrait, il faut envisager l'alimentation du malade et le drainage de la plaie opératoire.

L'alimentation du malade sera réalisée au moyen d'une sonde de caoutchouc rouge introduite dans l'œsophage par la plaie opératoire le plus souvent, mais quelquefois par voie nasale (observation I). Ce *modus faciendi* ne sera utilisé qu'en présence d'un sujet docile, et chez qui la cicatrisation est susceptible de s'effectuer rapidement. Cette sonde sera maintenue par une bande de sparadrap ou un cordon.

Nous croyons qu'il est extrêmement rare de pouvoir reprendre une alimentation même exclusivement liquide dès le premier jour par les voies naturelles, comme le signale FRIEDMAN, dans sa première observation (Th. de Paris 1934).

Un drain est ensuite placé le long de la paroi œsophagienne et fait issue à la partie déclive de l'incision.

Une mèche iodoformée est placée à la partie inférieure de la plaie opératoire pour créer des adhérences à ce niveau et éviter une infection fusant vers le médiastin.

Doit-on suturer ou non la plaie opératoire ?...

Les avis sont partagés. Pour MM. OMBRÉDANNE, FRIEDMAN, la suture est absolument contre-indiquée. Il

serait imprudent de fermer un foyer septique près du tissu cellulaire cervical.

Mais pour SOBOL (Annales de Laryngologie 1933) et dans le cas des deux observations que nous publions, la suture pratiquée n'a pas entraîné de complication, même dans l'observation II, où nous avons pourtant trouvé une légère suppuration. La suture n'avait été que sommaire, intéressant la musculuse de l'œsophage, puis les plans aponévrotiques et la peau.

Il faut bien faire remarquer que la muqueuse œsophagienne semblait peu œdématiée.

Deux éventualités sont possibles : la muqueuse œsophagienne, est peu altérée, il n'y a aucune supuration, la suture pratiquée semble apporter une accélération à la cicatrisation.

Mais si on se trouve en présence de tissus malades plus ou moins infiltrés, il faut craindre une infection aérobie, ou surtout anaérobie, ce qui commande une aération de la plaie : celle-ci doit rester largement ouverte ; ainsi elle se drainera facilement et la cicatrisation se fera par bourgeonnement.

C'est surtout dans ce cas qu'un tamponnement soigné à la gaze iodoformée est indispensable à la partie inférieure de la plaie opératoire.

SUITES OPERATOIRES

1° Le drain est habituellement enlevé le premier, dès que la suppuration semble tarie. Dans les cas normaux, il sera enlevé du 3^e au 5^e jour.

2° La sonde œsophagienne sera retirée après 8 à 12 jours; l'alimentation par voie buccale, reprise dès l'ablation de la sonde, sera liquide, pendant une dizaine de jours. Elle sera subordonnée à l'état de la cicatrisation de l'œsophage.

3° La mèche iodoformée sera retirée la dernière au bout de 8 à 12 jours, dès que tout danger d'infection fusant vers le médiastin sera écarté.

L'alimentation par voie buccale sera au besoin remplacée par des lavements nutritifs, des injections sous-cutanées du sérum physiologique, un goutte à goutte rectal de sérum glucosé.

Les rétrécissements de l'œsophage consécutifs à l'œsophagotomie externe sont extrêmement rares puisque BALACESCO et COHN, ne signalent que deux sténoses légères pour 362 interventions, et, seuls, KROLEIN et BILLROTH furent obligés d'intervenir deux fois sur le même malade, mais pour des corps étrangers volumineux.

Les malades qui succombent à la suite d'une œsophagotomie externe sont généralement des gens

âgés qu'emporte une affection intercurrente, ou des infectés qui ne peuvent supporter le choc opératoire.

OBSERVATION I.

Le 16 novembre 1934, vers 10 h., M. R..., 22 ans, femme de chambre, en mangeant une croute de pain, avale son appareil dentaire composé de 4 incisives et d'une plaque palatine, démunie depuis plusieurs mois des crochets latéraux de fixation.

Vu à la radiographie le dentier est localisé au niveau de la 4^e dorsale.

Avec l'œsophagoscope de CHEVALIER JACKSON, le dentier est facilement retrouvé et saisi avec la pince à mors plat, sans trop de résistance il est désenclavé, et peut être remonté de quelques centimètres, quand un arrêt brusque fait déraeper la pince.

Sa situation élevée fait préférer au CHEVALIER JACKSON l'œsophagoscope de BRUNINGS, plus large, et permettant de mieux recliner les parois œsophagiennes. Ce tube est passé, et on est surpris de tomber sur les dents, l'appareil ayant tourné de 90 degrés, vraisemblablement au moment où s'est fait sentir la résistance. Il se présente donc sur son plus grand diamètre et à plusieurs reprises, après cocaïno-adréralinisation poussée, on essaie de le désenclaver, sans toutefois exercer une forte traction. On ne peut de même le faire basculer, et se rendant compte de sa fixité et de son volume, toute tentative d'extraction par voie pectorale est abandonnée. Il est décidé de faire le lendemain une œsophagotomie externe.

Intervention : (D^r VIEL).

Celle-ci est pratiquée sous-anesthésie générale, le malade ayant un excellent état général sans température.

On croit sentir l'appareil dentaire au travers des téguments au niveau du cartilage cricoïde, mais par suite d'une erreur d'interprétation, ce qui est pris pour le dentier n'est autre que les cornes inférieures des ailes thyroïdiennes.

Incision du côté gauche suivant la ligne classique en avant du sterno cléido mastoïdien qu'on récline en dehors.

On incise l'aponévrose moyenne et l'omohyoïdien contenu dans son dédoublement.

Le paquet viscéral est récliné en dedans.

Le paquet vasculo-nerveux en dehors.

On découvre facilement l'œsophage qui semble assez œdématisé. On tamponne à la gaze iodoformée la partie inférieure de la plaie opératoire.

Incision de la muqueuse sur un centimètre de hauteur. Au stylet dirigé vers le bas on tombe sur l'appareil dentaire. Par la plaie œsophagienne on passe le petit œsophagoscope de BRUNINGS qui permet de constater que le corps étranger garde la position observée la veille, on le saisit à la pince, et on éprouve la même résistance que la veille.

Pour éviter les délabrements de la muqueuse du tube digestif on agrandit l'incision de la paroi au niveau du corps étranger dont la situation correspond à trois centimètres au-dessus du bord supérieur du sternum.

Le dentier est solidement fixé par une pince, et, plutôt que de provoquer une déchirure de la muqueuse œsophagienne on sectionne le dentier à l'aide d'une pince coupante, ce qui en permet l'extraction facile.

Une sonde œsophagienne par voie nasale est placée dans le tube digestif. La musculuse œsophagienne est suturée au fil de lin par surget, un drain est placé au contact de la paroi œsophagienne, une nouvelle mèche iodoformée est placée à la partie inférieure de la plaie opératoire, et les téguments sont suturés.

Suites opératoires : Très simples.

La température, après une légère ascension le soir de l'intervention, se stabilise au bout du 3^e jour à 37°2.

Le drain est enlevé le 3^e jour, et la sonde le 8^e.

L'alimentation est reprise normalement. L'état général est excellent.

La malade quitte le service au 20^e jour avec une cicatrisation achevée.

Examen radiologique.

Sur les deux radiographies pratiquées, se contrôlant l'une l'autre et prises l'une de face et l'autre en oblique antérieure droite, on ne voit ni rétrécissement ni diverticule.

OBSERVATION II.

M. B..., âgé de 50 ans, se présente le 24 mai 1935 à la consultation d'oto-laryngologie de l'Hôtel-Dieu de Nantes, parce que trois jours avant il a avalé un os en mangeant du « ragôût de veau »...

Depuis ce moment il a éprouvé des difficultés pour avaler, en particulier pour les aliments solides, et tout effort de déglutition entraîne de la douleur. Ces renseignements ne sont toutefois que difficilement obtenus du malade dont le déficit mental est évident.

L'examen du pharynx ne montrant rien d'anormal on procède à une œsophagoscopie qui offre quelque difficulté du fait de l'indocilité du sujet.

On arrive toutefois à passer le tube et on remarque au-dessus de la bouche de l'œsophage une muqueuse infiltrée œdémateuse, surtout au niveau de la paroi postérieure du conduit, et on distingue au-dessous de ce bourrelet un os dont les dimensions semblent volumineuses, obliquement dirigé de droite à gauche et d'avant en arrière, et dont l'extrémité supérieure paraît fixée dans la gouttière latérale droite de l'œsophage.

A trois reprises différentes on saisit cet os à la pince, mais par suite de l'enclavement de ses saillants et de son volume, la résistance est telle que la pince dérape sur les parois de ce corps étranger qui ne peut être mobilisé.

On remet à plus tard une nouvelle tentative d'extraction, et on juge utile de profiter de ce laps de temps pour obtenir quelques renseignements sur la forme, les dimensions, et la situation exacte de cet os, par un examen à l'écran et une radiographie.

Or, le transit de la bouillie opaque s'effectua normalement;

le cliché radiographique, à première vue, ne décèle pas de corps étranger, son ombre venant se confondre sans doute avec celle des corps vertébraux plus opaques.

Fallait-il en conclure que le corps étranger s'était désenclavé à la suite des manœuvres précédentes et avait reçu l'élan nécessaire pour continuer la descente avec l'aide des mouvements péristaltiques ?

La persistance de la dysphagie, des symptômes douloureux ne permettait pas d'admettre cette heureuse solution.

Aussi le 26 mai une nouvelle tentative fut faite.

L'échec fut complet, le malade se refusant à toute tentative d'introduction du tube et ne pouvant être raisonné.

Force fut de recourir à l'anesthésie générale au Balsoforme le 30 mai pour une nouvelle œsophagoscopie.

Le passage de l'extrémité du tube au niveau de la bouche de l'œsophage provoque l'ouverture d'un abcès sous-muqueux : on retire deux cuillerées à soupe d'un pus très fétide.

La muqueuse apparaît fongueuse surtout en arrière et à gauche, et l'os se présente par sa face gauche, son pôle supérieur toujours fixé dans la paroi droite de l'œsophage. Après cocaïno-adréralinisation des parois du conduit on tente de désenclaver cet os, mais toute tentative reste vaine.

Il faut donc renoncer à extraire ce corps étrangers par voie pérorale et recourir à l'œsophagotomie externe (D^r VIEL).

Celle-ci est faite le 2 juin sous-anesthésie générale, l'indocilité du sujet ne permettant pas un autre genre d'anesthésie.

La paroi de l'œsophage est particulièrement friable. Elle cède au contact de la sonde cannelée, donnant issue à un peu de pus.

Il suffit alors d'agrandir cet orifice.

Le corps étranger est facilement repéré et une bonne prise à la pince de KOCHER, par un de ses angles, permet par des mouvements de latéralité de le dégager et de l'accoucher par la plaie opératoire.

Par l'orifice ainsi créé, on introduit une sonde dans l'œsophage, on place un gros drain à la partie déclive, on place

un tamponnement à la gaze iodoformée à la partie inférieure de la plaie opératoire et on suture la musculature œsophagienne, puis les plans aponévrotiques et enfin les téguments.

Suites opératoires :

Les suites opératoires furent normales : le malade est alimenté par la sonde pendant quelques jours.

Il reste toutefois très amaigri, mais cet homme est un cavitaire, présentant une spéléonque dans la région sous-claviculaire gauche. Pour autant que nous avons pu avoir des renseignements, le malade est un vieux tousseur et un cracheur habituel.

Le 18 juin l'état du malade jusque là assez bon devient subitement alarmant par suite d'une crise d'insuffisance ventriculaire gauche dont il a pu cependant faire les frais.

Il quitte l'Hôtel-Dieu le 29 juin, s'alimentant normalement avec une cicatrisation parfaite de la plaie opératoire.

CONCLUSIONS

L'œsophagotomie externe pour corps étrangers fixés dans la portion cervicale de l'œsophage est une intervention à laquelle il convient de recourir.

1° Parce que c'est une intervention de manuel opératoire relativement facile.

2° Que sa seule gravité est le fait de complications post-opératoires : une technique raisonnée, qui, à notre avis, n'est pas unique, peut permettre de les éviter.

3° Parce que c'est la seule méthode d'extraction à envisager quand il s'agit d'un corps étranger que sa forme ou ses dimensions ne permettent pas d'enlever par voie endoscopique.

4° Parce que c'est également la seule méthode à envisager, si plusieurs tentatives endoscopiques ont échoué, s'il existe déjà des complications périœsophagiennes, ou si le sujet est âgé ou choqué.

Vu :

LE DOYEN,
G. ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- FRIEDMAN. — L'extraction de certains corps étrangers de l'œsophage cervical et de l'hypopharynx par voie cervicale (*Th. de Paris*, 1934).
- ROUVIÈRE (H.). — *Anatomie Humaine*, t. I.
- BALACESCO et COHN. — L'œsophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'œsophage (*Revue de Chirurgie*, 1904-1905).
- TRUESDALE. — *Annals of surgery*, 1924.
- AUBIN (A.). — *Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, Avril 1932.
- *Société de Bronchoscopie œsophagoscopie et gastroscopie*, N° 1, Janvier 1936.
- ALOIN (H.). — *Société d'Oto-Rhino-Laryngologie de Lyon*. Séance du 13 janvier 1936.
- *Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie*, Juillet 1936, N° 7.
- NAVARRO. — La Voie externe dans l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. (*Broncho-œsophagoscopie et Gastroscopie*, Janvier 1936, N° 1).
- AUBIN (A.) et BÉRARD (F.). — *Broncho-œsophagoscopie et Gastroscopie*, N° 1, Janvier 1936.
- SOBOL. — Extraction de corps étrangers de l'œsophage au moyen de l'œsophagotomie extérieure. (*Les Annales d'Oto-Laryngologie*, N° 10, 1935).
- TERRACOL et SAGOLS. — Corps étranger de l'œsophage chez un enfant. (*Bronchoscopie Œsophagoscopie et Gastroscopie*, Juillet 1935).
- LENORMAND (Ch.). — Chirurgie de la tête et du cou. (Précis de Technique Opératoire, Masson).
- CRUZ BUSTILLO (C. A.). — Cuerpo extraño en el esofago (moneda) de un niño de tres años alojado durante 138 días. Dos œsofagoscopias infructuosas. Esofagotomía externa cervical. (*Bol. Soc. Cubana de Pediat.*, 8, 580-593, Sept. 1936).

